

27 a 29  
SETEMBRO  
2012

# VI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN



Comitê de Segurança:  
Visão prática do gerenciamento dos Eventos Adversos Graves

**Rosane Oliveira Simões**  
Consultora de Gerenciamento de Risco da DPAQSMA

# Gestão de riscos em indústrias - décadas de aprendizado...



OPPAU 1921  
430 mortos

PEMEX 1984 570  
mortos, 2500  
feridos

KLM – PAN AM  
1977  
583 mortos

JAPAN AIRLINES  
1985  
520 mortos

FEYSIN 1966  
17 mortos, 84  
feridos

CHERNOBYL  
1986  
25.000 mortos

THREE MILE  
ISLAND  
1979

SAUDI ARABIAN  
AIRLINES 1996  
349 mortos

FLIXBOROUGH  
1974  
28 mortos

PHILIPS 66 1987  
23 mortos, 130  
feridos

TRICASTIN  
2008

TAM 2007  
187 mortos

BOHPAL 1984  
2500 mortos

PIPER ALPHA  
1988  
167 mortos

FUKUSHIMA  
2011

AIR FRANCE 2009  
228 mortos

# Questionamento necessário...

Seria o sistema de saúde seguro?

## Morte na cirurgia



Foto: Liane Neves

Adelaide Perazzollo Balestreri, de 72 anos, internou-se no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, em setembro do ano passado, para fazer uma operação de ponte de safena com o cardiologista João Ricardo Sant'Anna. Quatro horas depois de iniciada a cirurgia, a família foi avisada de que tudo correria bem. Algumas horas mais tarde, o médico disse aos parentes que Adelaide apresentava uma queimadura nas costas. Só no dia seguinte se descobriu que o caso era muito mais grave que a versão inicial: a paciente tinha queimaduras de terceiro grau nas costas e nádegas e corria risco de vida. "Ela estava em carne viva, inchada, parecia um monstro", lembra Miriam Manfredini (*na foto com o retrato da avó*). Várias cirurgias de enxerto de pele foram feitas, mas Adelaide não resistiu e morreu. Na necropsia, também foi constatada fratura de duas costelas. O cardiologista afirma que as queimaduras devem ter sido provocadas por um defeito no colchão térmico da sala de cirurgia. "Minha operação foi bem feita, mas houve algum problema com os equipamentos", alega. O caso está na Justiça.

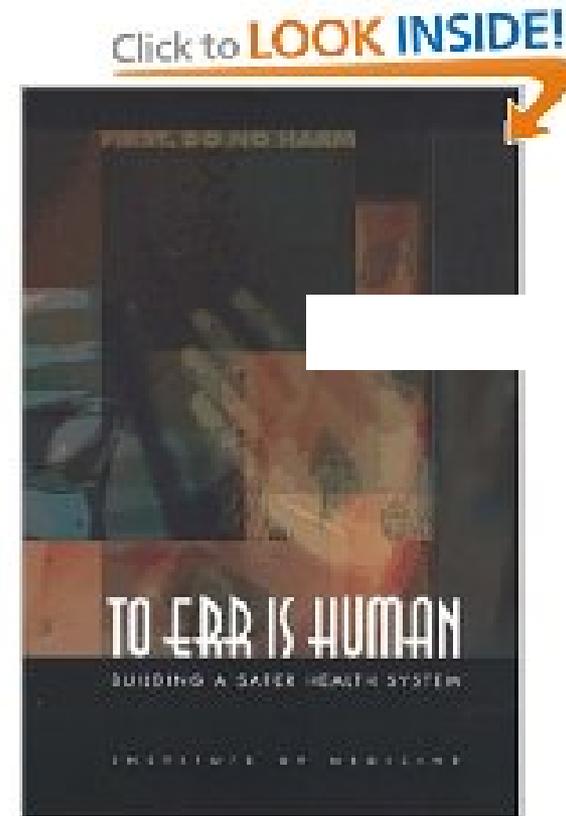
## Pinça na barriga



Em 1992, a aposentada carioca Isafra Maria Gonçalves submeteu-se a uma operação para retirada de um tumor no útero. Na aparência, a cirurgia, realizada no Hospital Salgado Filho, da rede municipal, foi um sucesso. Isafra teve alta no dia seguinte e passou a viver normalmente. Até que, no Natal de 1997, começou a sentir uma dor forte e persistente na barriga. A urina estava escura. "Achei que tivesse comido alguma coisa estragada", lembra. Com essa suspeita, no dia 8 de janeiro do ano passado ela foi novamente levada pela família ao Hospital Salgado Filho. Uma radiografia (*foto*) revelou uma informação espantosa: dentro de seu abdome havia uma pinça cirúrgica de 15 centímetros. O instrumento tinha sido esquecido pela equipe que fez a operação, em 1992. Isafra foi transferida imediatamente para o centro cirúrgico e operada. "O mais inacreditável é que, durante cinco anos, eu não senti nada", diz. A família de Isafra está movendo uma ação indenizatória contra o município do Rio de Janeiro por negligência médica.

**“To err is human”** em 1999 alertou o público sobre os riscos decorrentes do moderno cuidado de saúde.

- considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em outras indústrias, (energia nuclear, aviação) cujo foco primário está no sistema, ao invés de nos indivíduos.



Como posso começar?



# Métodos que podem ser utilizados...

## ● Reativo

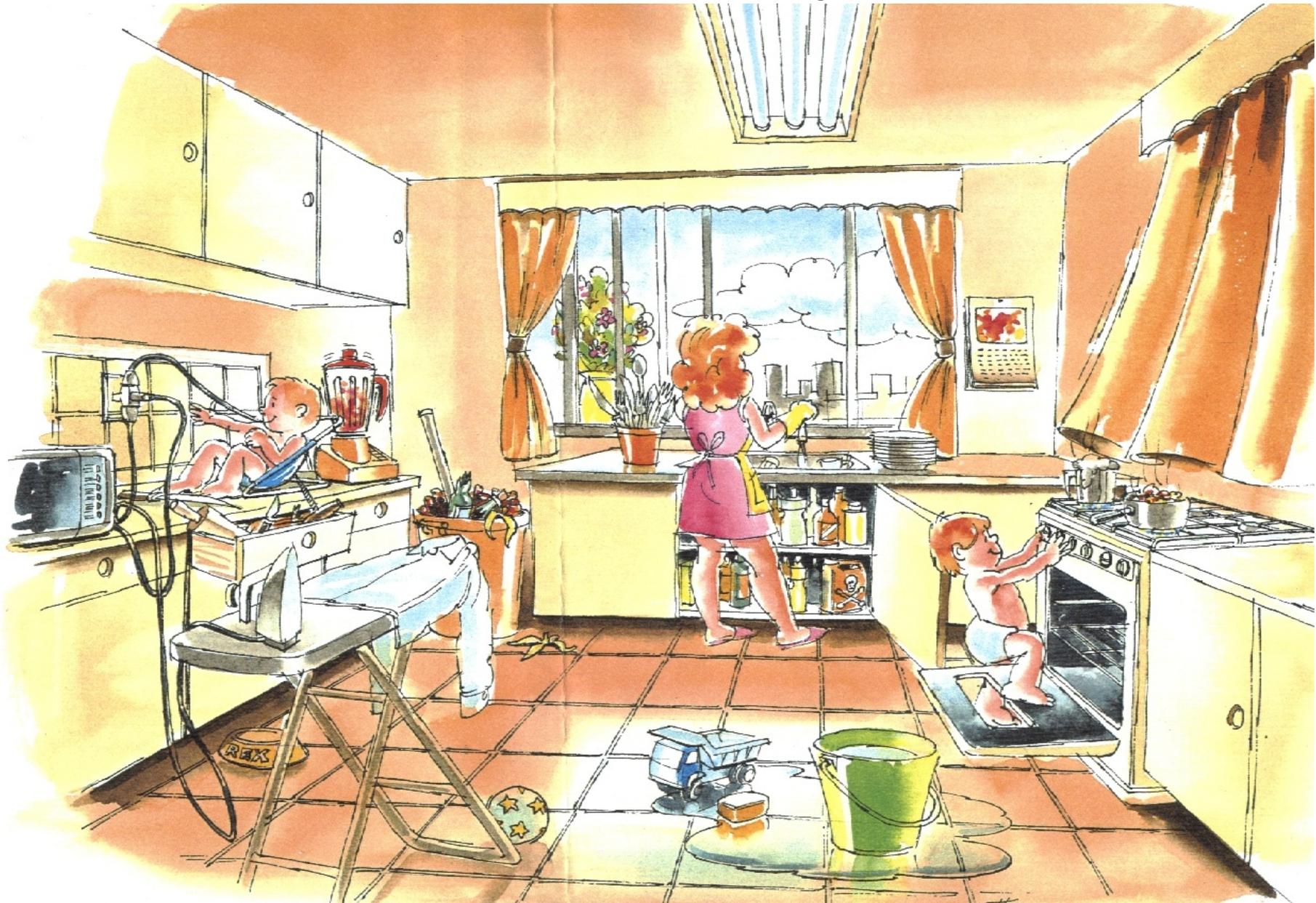
- Notificação de Eventos
- Análise dos dados locais, interestaduais, federal;
- Dados provenientes da análise das queixas;

## ● Preventivo

- Auditorias
- Utilizar ferramentas para identificar riscos e perigos;
- Brainstorming;

*O ideal é a realização de uma análise de riscos e perigos...  
Método preventivo!*

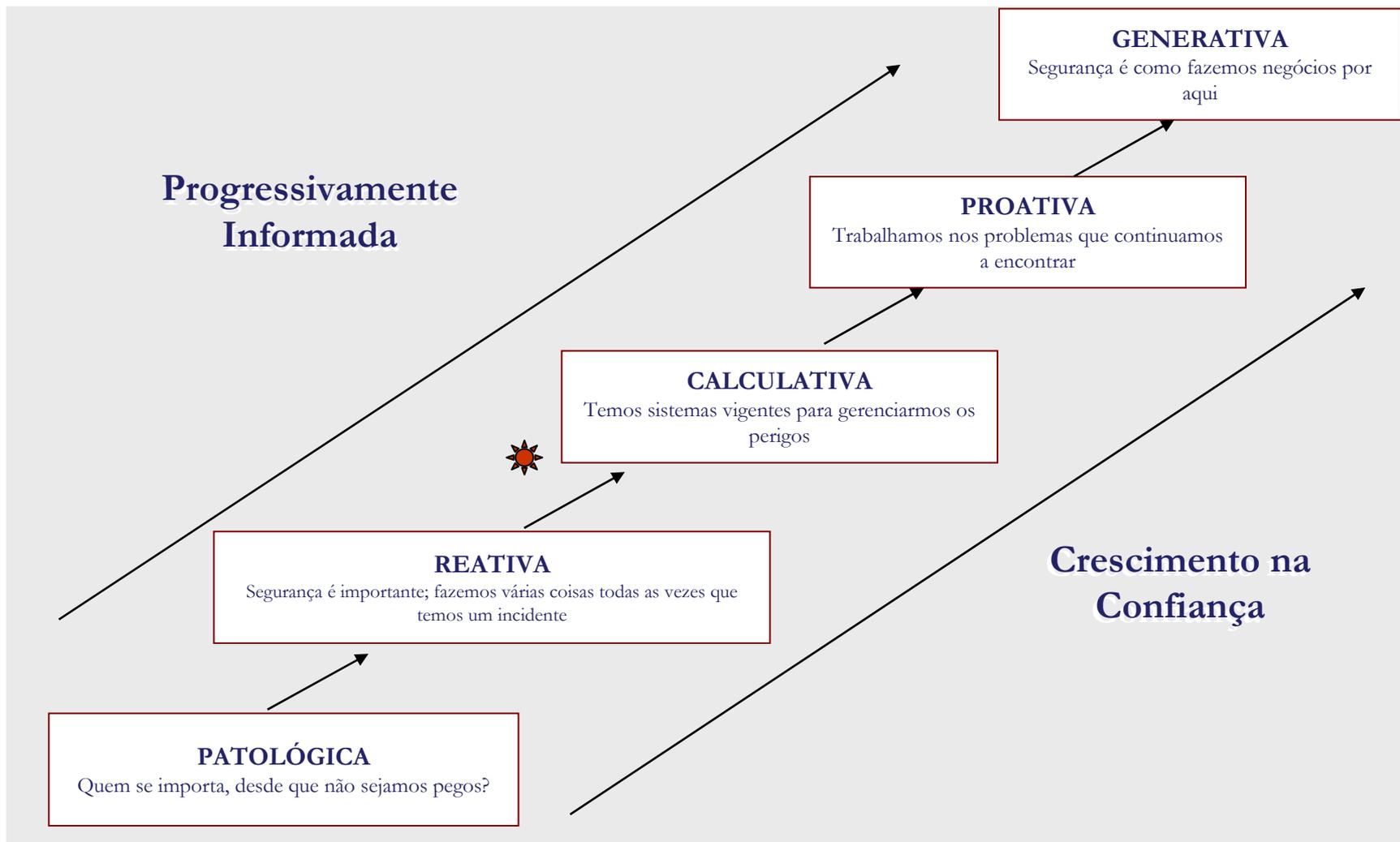
Em nosso cotidiano...  
Pensamos em Riscos e Perigos?



E no setor de saúde?  
Estamos prontos para fazer avaliação de Riscos e Perigos?



O que é importante:  
Onde estamos e onde queremos chegar?



# Premissas...

---

## Decálogo de Segurança

1. Decisão e interesse do nível mais estratégico
2. Responsabilidade da supervisão
3. Refletida como prioridade
  - a. no cotidiano, nas reuniões e discussões
  - b. nas políticas e procedimentos, que refletem padrões de qualidade e excelência
4. Metas e resultados mensurados
5. Eventos adversos notificados, analisados e recomendações retro - alimentadas
6. Comunicação aberta e freqüente
7. Auditoria para verificar a adesão
8. Bons resultados comemorados, incentivados e premiados
9. Suporte qualificado
10. Treinamento permanente

# Sistema de Gerenciamento de Risco

## Método reativo



- Estabelecer definições específicas, Diretrizes e Políticas Institucionais



- Estabelecer método de notificação
  - Acessível e Anônimo



- Estabelecer fluxos de tratamento das notificações
  - Do *near miss* ao EAG

# Sistema de Gerenciamento de Risco

## Método reativo



- Estabelecer fluxo de investigação e ACR

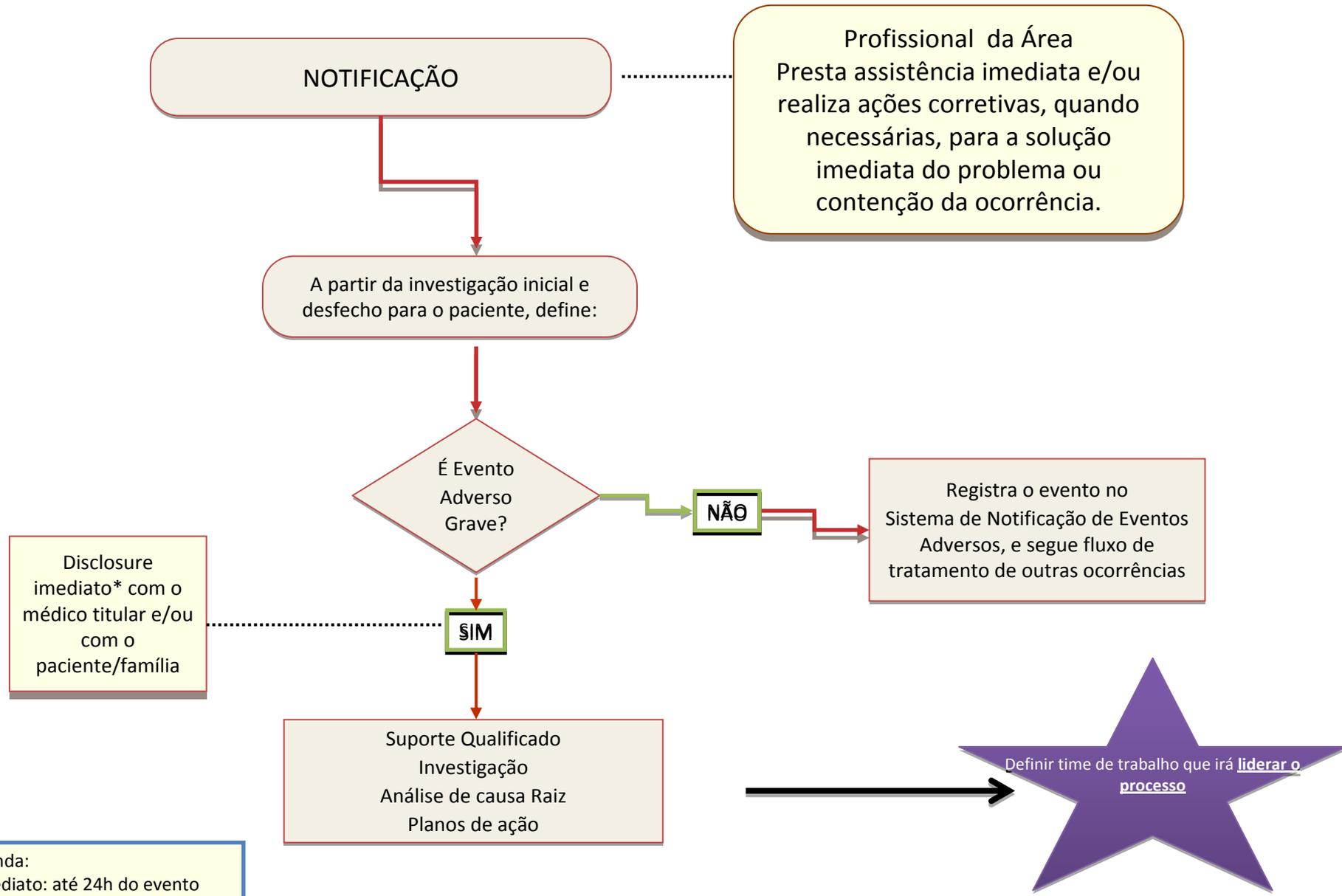


- Plano de ação para melhoria da Segurança



- Monitoramento e análise

# FLUXO DE EVENTOS ADVERSOS NA SBIBAE



# Conceito

---

● **Evento Adverso Grave:** uma ocorrência inesperada (não relacionado ao curso natural da doença), envolvendo a morte ou danos físicos ou psicológicos graves. Lesão grave inclui especificamente a perda de membro ou função. (WHO /2009 - Joint Commission/ 2010)

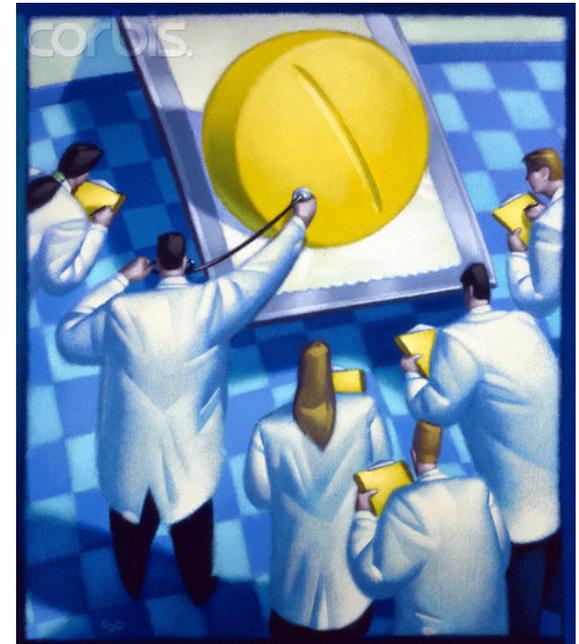
**Evento Adverso Grave = Evento Sentinela**

# Fases para analisar um Evento Adverso Grave

---

A Análise de um Evento Adverso Grave é composta de:

- Investigação
- Identificação e Análise de fatores causais
- Identificação de oportunidades de melhoria
- Propostas de ações de melhoria abrangentes
- Acompanhamento dos Planos de Ação

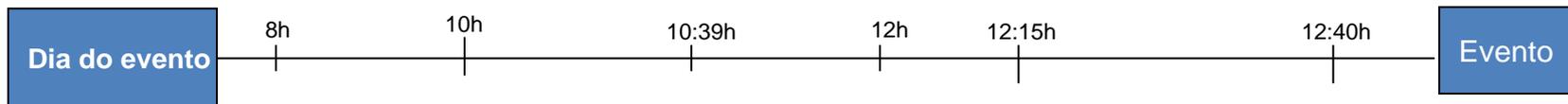


# Método de investigação - DEPOSE

Desenvolvido por *Charles Perrow* a partir da análise do incidente ocorrido em 1979 na usina nuclear de *Three Mile Island*, no estado da Pensilvânia nos Estados Unidos, o acrônimo significa:

**D – Desenho;**  
**E – Equipamento;**  
**P – Procedimento;**  
**O – Operadores;**  
**S – Suprimentos;**  
**E – Ambiente**

São feitas entrevistas com todos os profissionais envolvidos diretamente no evento, no sentido de reconstruir o cenário em que o mesmo ocorreu



**Time de Trabalho:** Práticas Médica e Assistencial e outras áreas, incluindo médicos especialistas, fisioterapia, TO, farmácia, manutenção, engenharia clínica, entre outros. As Unidades são sempre envolvidas em todas as etapas.

# Dicas essenciais para uma investigação de sucesso

- ✓ “Congelar a cena”;
- ✓ Fazer busca documental exaustiva;
- ✓ Entrevistar o mais cedo possível;
- ✓ Explicar objetivos: busca das causas e da prevenção;
- ✓ Ouvir com atenção, principalmente a narrativa inicial;
- ✓ Realizar perguntas objetivas;
- ✓ Não induzir as respostas;
- ✓ Não negociar nada, como: oferecer “imunidade” em troca de informações;
- ✓ Analisar resultado e esclarecer dúvidas/contradições.



# Operacionalização do suporte qualificado

## Níveis de investigação para análise de causa-raiz (ACR) ou fatores contribuintes

Nível 1	Nível 2	Nível 3
<b>Investigação concisa</b>	<b>Investigação abrangente</b>	<b>Investigação independente</b>
Utilizada para o conjunto de incidentes, <i>near miss</i> e outras ocorrências	Utilizada para eventos definidos como “gerenciados”* por uma equipe de especialistas	Utilizada para eventos adversos graves com paciente, colaborador ou ambiente
Informações: fornecidas exclusivamente pelo notificador; breves; conduzida por staff local; uso de ferramentas simplificadas de investigação	Informações: informações mais detalhadas, não é realizada pela equipe envolvida no evento, liderada por suporte qualificado, envolve times de referência	Informações: conduzida por uma equipe independente; contém informações qualitativas e finaliza com relatório completo.
Análise: útil para <b>sumários executivos</b> e para tomada de decisão a partir da análise de volume/frequência	Análise: considera frequência e gravidade, retroalimenta protocolos institucionais e indicadores; <b>análise de fatores contribuintes</b>	Análise: <b>análise de causa raiz</b> realizada em conjunto com uma equipe definida; pode necessitar de parecer de especialista e levar ao <i>disclosure</i> .

Adaptado de: Tree levels of RCA investigation, NHS, 2008

# Planos de ação

---

As recomendações de ações de melhoria devem necessariamente:

- ser baseada em fatores contribuintes e destinadas a prevenir ou minimizar a ocorrência de eventos similares;
- identificar claramente uma ação recomendada;
- incluir uma data prevista para a conclusão;
- incluir uma medida de resultado para permitir melhorias a serem feitas;
- identificar um “nome” que será responsável pela execução e acompanhamento das recomendações;
- ter anuência do Líder da área envolvida e, na dependência da gravidade do evento, do Diretor de área.

# Ações de melhoria – consideradas “fortes”

**As recomendações podem ser consideradas fortes quando são altamente susceptíveis a reduzir o risco tornando muito fácil para a pessoa fazer a coisa certa.**

Fortes recomendações incluem:

- Introduzir uma função forçada (por exemplo, um conector único para permitir apenas a correta montagem de equipamentos);
- Remover a oportunidade de fazer a coisa errada (por exemplo, remover todo o cloreto de potássio disponíveis nas clínicas de internação);
- Padronizar para reduzir a confusão (por exemplo, adquirir apenas um tipo de bomba de infusão para o hospital);
- Simplificar os processos (por exemplo, fornecer números de contato direto para os pacientes de alto risco acessar conselhos de especialistas em casa);
- Introduzir uma barreira física para evitar danos (por exemplo, revestimentos de pavimentos que impedem o deslizamento);
- Remover um perigo (por exemplo, corrigir ou substituir uma peça de equipamento).

# Exemplo do processo de análise em evento sentinela

## Evento:

Transplante hepático em paciente errado

## Desfechos:

O paciente **HM**, que foi chamado erroneamente, foi re-transplantado no mesmo dia, evoluiu bem e recebeu alta no tempo esperado e evoluiu bem. O paciente **ESMP**, que deveria ter sido convocado inicialmente, também foi transplantado no dia seguinte, recebeu alta hospitalar no tempo esperado e evoluiu bem.

Identificar barreiras que foram vencidas em cada etapa, segundo o acrônimo **DEPOSE**

## DEPOSE

**D – Design/ Desenho:**  
**Metodologia de trabalho** – possibilidades de falhas em várias fases do processo, sem barreiras para evitá-las, favorecendo a falha na **comunicação**

**P – Procedure/ Procedimento:**  
Documentação institucional do transplante não evidenciava a importância da checagem de identificadores específicos para a especialidade, nas seguintes fases:

- Captação de órgãos;
- Recepção do órgão no centro cirúrgico;
- Time out na sala operatória

**O – Operators/ Operadores:**  
Fadiga e lapso de atenção

**E – Environment/ Ambiente:**  
Infra estrutura de trabalho **inadequada**

Identificar fatores contribuintes e determinantes para a ocorrência do evento

## CAUSA RAZIZ (VA/JCI)

**Comunicação (JCI):**  
a falha foi ocasionada por distorção na comunicação entre os profissionais (**metodologia de trabalho ineficaz**).

**Políticas e procedimentos (VA):**  
Há uma política institucional sobre identificação correta do paciente que contempla a checagem de 02 identificadores (nome completo do paciente e prontuário). Porém, nos casos de transplante, que envolve doador e receptor, os 02 identificadores padronizados na instituição, não evitariam este evento.  
As barreiras necessárias incluem o uso de **03 identificadores específicos para doador e receptor**.

**Fatores humanos (VA) - (fadiga e escala)**  
**A metodologia de trabalho ineficaz** do Programa de Transplantes favorecia a fadiga e por consequência, os lapsos de atenção do operador

**Liderança (JCI):**  
Infra estrutura de trabalho inadequada, em especial para os enfermeiros do HVM (atuação à distância)

# Acompanhamento de Evento Sentinela – Causa Raiz – Ações Contratadas – Resultado de Auditoria Tracer

Identificar fatores contribuintes e determinantes para a ocorrência do evento

## CAUSA RAIZ (VA/JCI)

### Comunicação (JCI)

Falha de comunicação em várias fases do processo de transplante, sem barreiras para evitá-las, favorecendo a falha na comunicação (metodologia de trabalho ineficaz).

### Políticas e procedimentos (VA)

Documentação institucional do transplante não evidenciava a importância da checagem de identificadores específicos para a especialidade nas diferentes fases do processo, impactando na segurança do paciente (doador e receptor)

### Fatores humanos (VA) - (Fadiga e Escala)

A metodologia de trabalho ineficaz do Programa de Transplantes favorecia a fadiga e por consequência, os lapsos de atenção do operador

### Liderança (JCI)

Infra estrutura de trabalho inadequada, com atuação da equipe do transplante à distância

Deflagrar plano de ação, com foco no processo, de modo a evitar recorrência do evento

## AÇÕES CONTRATADAS

Modificação do processo de comunicação fornecendo à equipe do transplante, infra-estrutura – recursos tecnológicos - necessária para checagem dos dados dos pacientes ao receber as notificações da Secretaria de Saúde, por meio da utilização de recursos tecnológicos

Inclusão de nova barreira no processo de identificação dos pacientes do transplante em todas as fases do processo (nome, Tipo sanguíneo e RGCT);

Atualização do check list de recebimento do órgão e do Time Out, incluindo novas barreiras de identificação;  
Alinhamento junto à SES quanto à implementação de nova rotina de amostra de sangue do doador na captação do órgão, para garantir a segurança do processo;  
Revisão da documentação institucional do processo de transplante, Identificação do paciente, Time-Out.

Readequação de RH médico e da equipe multidisciplinar, além de revisão no método de trabalho com o objetivo de reduzir o desgaste físico da equipe de transplante e possíveis falhas humanas.

Realização de auditoria Tracer de todo o processo assistencial, como método de avaliação de eficácia das ações estabelecidas, o que representa um envolvimento da liderança neste processo

# Estrutura de Comunicação e Decisão

- Comitês Locais de Segurança: times de trabalho; reuniões periódicas com liderança local e especialistas;
- **Comitê Executivo de Segurança**: comunicação sistemática com todas as lideranças - fatores causais, ações (responsáveis e prazos), acompanhamento de tendências;
  - Reunião mensal no anfiteatro com meta contratada com os líderes para apresentação dos casos que tenham grande número de lições aprendidas e/ou sejam reincidentes e/ou tenham desfechos catastróficos
- Comitê de Qualidade e Assistência (*Board*): apresentação semestral dos resultados para monitoramento.



Dados que auxiliam a instituição nas “tomadas de  
decisões”

---

# Alguns exemplos de Eventos Adversos Graves...

HN, 58 anos  
03/2010  
Pcte errado

JAN, 43 anos  
06/2010  
Reop não prog

VG, 91 anos  
06/2010  
Queda

FGRM, 33 anos  
08/2010  
Atraso no diag

MAFF, 77 anos  
08/2010  
Complicação IO

JBN, 76 anos  
08/2010  
AVCI -PO

OF, 61 anos  
09/2010  
Hemorragia PO

OOB, 79 anos  
09/2010  
Ulcera de pressão

JZ, 68 anos  
10/2010  
Erro med

FJS, 6 anos  
10/2010  
Erro med

RR, 67 anos  
10/2010  
IAM - PO

CFF, 58 anos  
10/2010  
Erro med

RAS, 61 anos  
10/2010  
Complicação IO

DCML, 75 anos  
10/2010  
Queda

EGGC, 56 anos  
11/2010  
Reop não prog

JS, 39 anos  
11/2010  
Broncoasp - PCR

LRBGS, 1 ano  
12/2010  
Erro med

MSSRVS, 64 anos  
12/2010  
PCR - IO

ACMS, 43 anos  
12/2010  
Isquemia - PO

LC, 66 anos  
01/2011  
Complicação IO

MTOPM, 78 anos  
02/2011  
Complicação IO

HB, 52 anos  
03/2011  
PCR - Transporte

MSM, 75 anos  
03/2011  
PCR - PO

RLS, 71 anos  
04/2011  
PCR - PO

LPF, 85 anos  
04/2011  
PCR PO

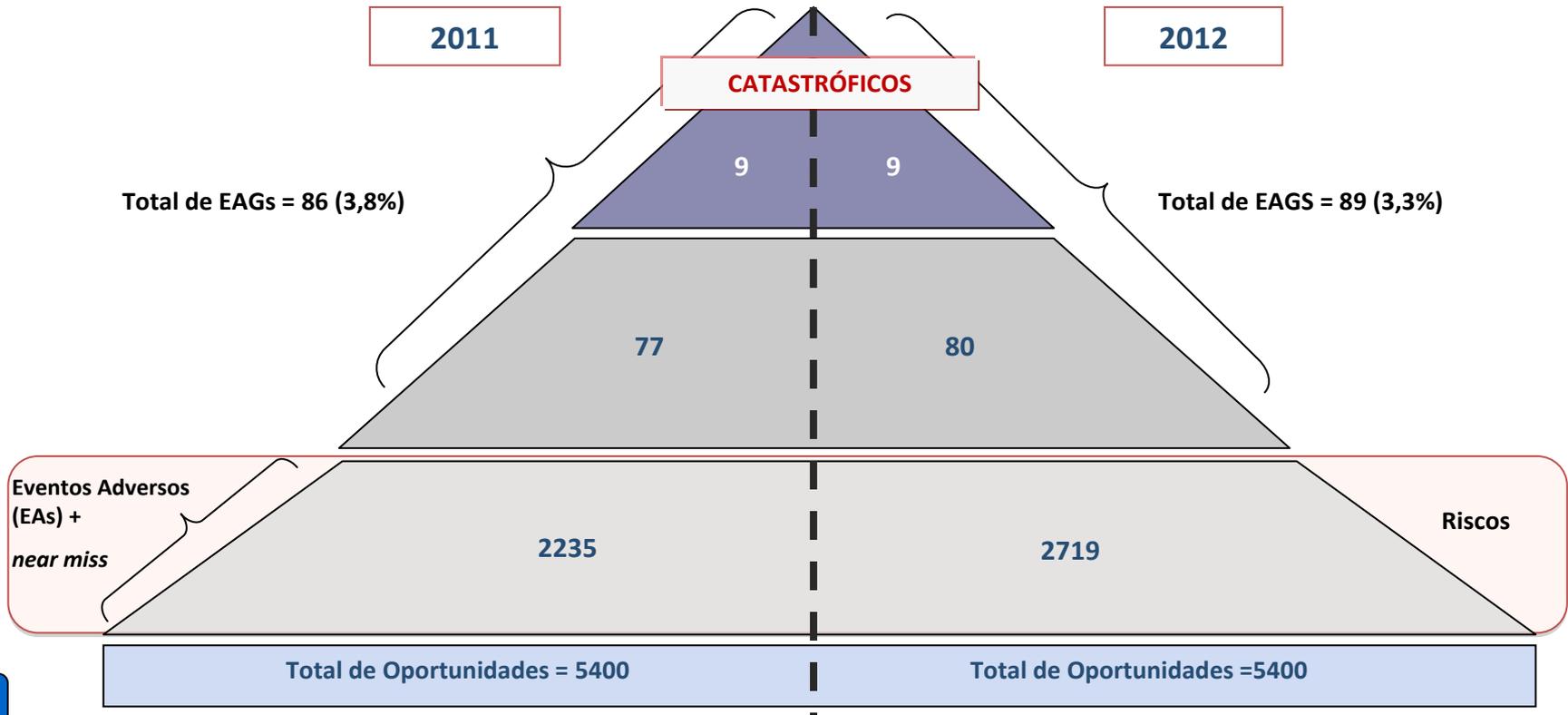
MCARC, 43 anos  
04/2011  
Complicação PO

LP, 48 anos  
05/2011  
Complicação IO

ASBN, 72 anos  
06/2011  
PCR - PO

# Panorama

Distribuição dos eventos adversos notificados (Jan/Jul)



# Análise histórica dos eventos catastróficos, para identificação de “áreas quentes” na Instituição

## Áreas com maior frequência de EAGs catastróficos (2010/2012)

### – 2010

- 194 EAGs – 35% concentram-se nas áreas de CC, CO, Hemodinâmica, Imagem, UPA, UTIA.

2010						
Severidade	CC	CO	Hemodinâmica	Imagem (Tomo+US)	UPA	UTIA
Baixo	1		1	3	4	3
Moderado	10	5	2	3	5	2
Alto	6				4	6
Catastrófico	4	1		2		6

### – 2011

- 147 EAGs – 50% concentram-se nas áreas de CC, CO, Hemodinâmica, Imagem, UPA, UTIA.

2011						
Severidade	CC	CO	Hemodinâmica	Imagem (Tomo+US)	UPA	UTIA
Baixo	8	1		3		
Moderado	6	1	1	1		9
Alto	15	1	1	1		13
Catastrófico	5		4			3

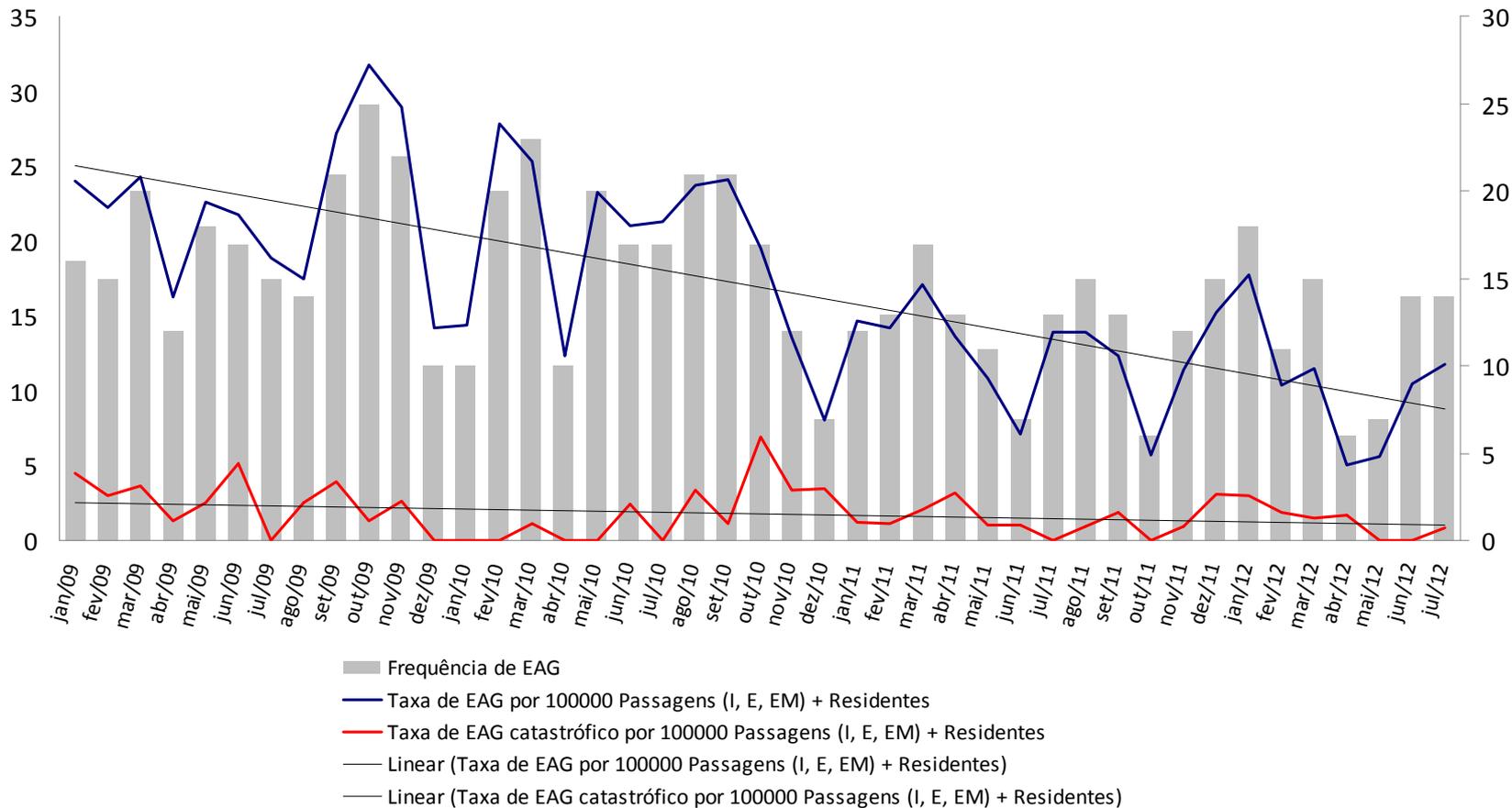
### – 2012 (Jan-Jul)

- 89 EAGs – 57% concentram-se nas áreas de CC, CO, Hemodinâmica, Imagem, UPA, UTIA.

2012 (Jan-Jul)						
Severidade	CC	CO	Hemodinâmica	Imagem (Tomo+US)	UPA	UTIA
Baixo	7				4	1
Moderado	8			1	10	3
Alto	4	1		1	4	5
Catastrófico		1	1	1	1	4

# Indicador

## Taxa de EAG 2009-2012



Considerações finais:

*“Comece fazendo o que é necessário; depois o que é possível, e de repente você estará fazendo o impossível”*

São Francisco de Assis

Obrigada!!!



E-mail: [rosaneos@einstein.br](mailto:rosaneos@einstein.br)